



# Pflegesysteme im internationalen Vergleich

*Markus Kraus, Sophie Fößleitner und Monika Riedel*

<b>2.1</b>	<b>Einleitung – 24</b>
<b>2.2</b>	<b>Länderportraits – 26</b>
2.2.1	Schweden – 26
2.2.2	Niederlande – 28
2.2.3	Spanien – 31
<b>2.3</b>	<b>Diskussion – 33</b>
<b>2.4</b>	<b>Fazit – 36</b>
	<b>Literatur – 36</b>

## ■ ■ Zusammenfassung

Die demographischen und gesellschaftlichen Entwicklungen werden das deutsche Pflegesystem in den kommenden Dekaden vor große Herausforderungen stellen. Insofern lohnt ein Blick über die Grenzen Deutschlands, wie andere europäische Länder mit dieser Aufgabe umgehen. In diesem Zusammenhang wird die Ausgestaltung der Steuerungs-, Finanzierungs- und Leistungsstruktur im schwedischen, niederländischen und spanischen Pflegesystem beschrieben. Darauf aufbauend werden die mit der unterschiedlichen Ausgestaltung der einzelnen Pflegesysteme einhergehenden Anreize theoretisch ausgeführt und die daraus gewonnenen Erkenntnisse im Kontext des deutschen Pflegesystems diskutiert. Dieses bietet aufgrund der zentralen Steuerungsstruktur und der daraus resultierenden einheitlichen Leistungsstruktur Anreize für hohe Verteilungsgerechtigkeit. Ebenso sind Weichen für hohe allokativen Effizienz gestellt, da die Finanzierung aus einer Hand keine Anreize zu einer Leistungsverchiebung birgt. Als Nachteil der monistischen und allein an Arbeitseinkommen anknüpfenden Finanzierung kann die Tendenz zu Unterversorgung gesehen werden.

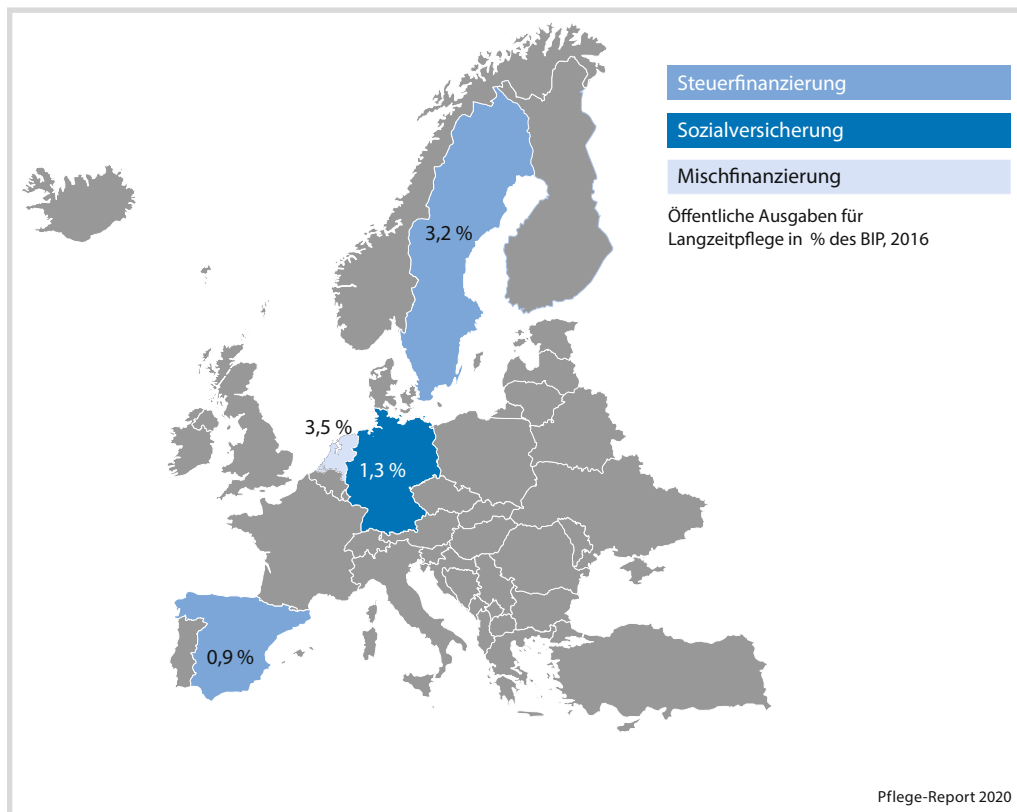
*Demographic and societal developments will challenge the German long-term care system throughout the coming decades, making it worthwhile to take a look abroad in order to learn how other countries are tackling these challenges. This chapter describes the regulatory and financial framework as well as the basic structure for provision of care in three countries: Sweden, the Netherlands and Spain. The incentives associated with the respective regulatory structures are explained and discussed in the context of the German care system. In Germany, central regulation and the resulting uniform provision of care are good preconditions for equity, but also for high allocative efficiency due to comprehensive financing responsibility. Public financing from one source only which is related exclusively to income from work, however, can be seen as a disadvantage because of the inherent incentive for under-provision.*

## 2.1 Einleitung

Demographische und gesellschaftliche Entwicklungen, insbesondere eine alternde Bevölkerung sowie die rückläufige Verfügbarkeit an informell pflegenden Angehörigen, legen einen steigenden Bedarf an (formellen) Pflegeleistungen für die ältere Bevölkerung nahe, selbst wenn sich der durchschnittliche Gesundheitszustand, wie in der Vergangenheit beobachtet, weiter bessert. In logischer Konsequenz resultiert daraus ein steigender Bedarf an finanziellen Mitteln zur Finanzierung der Pflege, weswegen eine nachhaltige Finanzierung der Langzeitpflege immer mehr in den Fokus der (Gesundheits-)Politik gerückt wird.

Diese Entwicklungen werden in den kommenden Dekaden auch das deutsche Pflegesystem vor große Herausforderungen stellen: So wird der Anteil der über 80-jährigen Personen von 5,9 % im Jahr 2016 auf 13,3 % im Jahr 2070 steigen und sich somit mehr als verdoppeln. Ebenso werden sich die öffentlichen Ausgaben für Langzeitpflege stark erhöhen: Während diese im Jahr 2016 noch 1,3 % des BIP betragen, werden sie im Jahr 2070 bei 2,7 % des BIP liegen (European Commission 2018). Da auch andere europäische Länder vor ähnlich großen Aufgaben stehen, lohnt ein Blick über die Grenzen Deutschlands, um Best-Practice-Modelle im Bereich der Pflege zu identifizieren und Ansatzpunkte für Verbesserungen zu generieren.

Ziel dieses Beitrages ist es somit, das deutsche Pflegesystem hinsichtlich der Steuerungs-, Finanzierungs- und Leistungsstruktur einem europäischen Vergleich zu unterziehen. Hierzu wurden drei Länder ausgewählt, die einerseits eine andere Herangehensweise bei der Steuerungs- und Finanzierungsstruktur des Pflegesystems als Deutschland verfolgen und andererseits unterschiedlichen Wohlfahrtsstaatsmodellen zugeordnet werden. Unter diesen Gesichtspunkten werden Schweden, die Niederlande und Spanien einem Vergleich unterzogen und im Folgenden hinsichtlich ihrer Steuerungs-, Finanzierungs- und Leistungs-



■ **Abb. 2.1** Länderauswahl

struktur näher beschrieben (■ Abb. 2.1). Die Steuerungsstruktur beschreibt dabei, welche Verwaltungsebene und/oder welche Institution eine zentrale Rolle bei der Steuerung und Ausgestaltung des Pflegesystems einnimmt, die Finanzierungsstruktur hingegen, welches Finanzierungsmodell dem Pflegesystem zugrunde liegt und welche Verwaltungsebene bzw. Institution über welche Kompetenzen bei der Mittelaufbringung verfügt. Der Abschnitt zur Leistungsstruktur schließlich legt dar, wer für die Feststellung des Pflegebedarfs verantwortlich zeichnet und welche Geld- und/oder Sachleistungen den pflegebedürftigen Personen unter welchen Voraussetzungen zur Verfügung stehen.

Der Beitrag schließt mit einer Diskussion, die zum einen die durch die unterschiedliche Ausgestaltung der Steuerungs- und Finanzierungsstruktur entstehenden Anreize auf die Leistungsstruktur theoretisch beschreibt und zum anderen die daraus gewonnenen Erkenntnisse im Kontext des deutschen Pflegesystems diskutiert.

Die Grundlage dieses Beitrags bildet der Bericht „Zukünftige Finanzierung der Langzeitpflege – Ansatzpunkte für Reformen“ aus dem Jahr 2020, der von den drei Autorinnen und Autoren im Auftrag des österreichischen Bundesministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz erstellt wurde (BMASGK 2020).

## 2.2 Länderportraits

### 2.2.1 Schweden

Dem schwedischen Pflegesystem liegt das sozialdemokratische Wohlfahrtsstaatsmodell zugrunde. Dieses zeichnet sich dadurch aus, dass die Gesamtbevölkerung als Zielgruppe gilt, ein umfassendes Leistungsangebot vorliegt und der Staat der Hauptakteur in der Leistungserbringung ist (Peterson 2017; Vogliotti und Vattai 2014).

Die Verantwortung für die Organisation und Finanzierung der Pflege liegt somit größtenteils auf staatlicher Ebene und nicht bei den Einzelpersonen und ihren Familien, auch wenn letzteren im Bereich der informellen Pflege eine immer größer werdende Rolle zukommt. Das schwedische Pflegesystem ist somit als universell einzustufen, gilt als sehr umfassend und verfolgt das explizite Ziel, älteren Personen ein „Altern in Würde“ zu ermöglichen (Meagher und Szebehely 2013; Schön und Heap 2018).

#### ■ ■ Steuerungsstruktur

Schweden ist ein dezentraler Einheitsstaat, was bedeutet, dass dem Zentralstaat die gesamte legislative Kompetenz unterliegt und dieser die Durchführung von bestimmten Aufgaben an untergeordnete Körperschaften delegiert. Die schwedische Verfassung sieht dazu zwei untergeordnete Verwaltungsebenen vor, namentlich die regionale Ebene, die aus 21 Provinzen besteht, sowie die kommunale Ebene mit 290 Gemeinden (Schön und Heap 2018).

Der Zentralstaat hat die Zuständigkeiten für das Sozialwesen, zu dem auch die Pflege zählt, an die Gemeinden delegiert und spielt insofern bei der konkreten Steuerung des schwedischen Pflegesystems eine eher untergeordnete Rolle. Diese besteht vor allem in der Zielsetzung und Rahmengesetzgebung und in einer Aufsichts- und Beratungsfunktion (Meagher und Szebehely 2013; Schön und Heap 2018).

Die Provinzen zeichnen für die Gesundheitsversorgung verantwortlich und sind dadurch nicht in die Pflege involviert, die Ge-

meinden hingegen nehmen bei der Steuerung des Pflegesystems eine zentrale Rolle ein, da sie sowohl für die Leistungserbringung als auch für die Finanzierung der Pflege verantwortlich sind. Die Gemeinden können als Selbstverwaltungskörper relativ autonom agieren und besitzen zudem auch Einnahmenkompetenz, d. h. sie können über ihre Budgets autonom verfügen sowie die Höhe der kommunalen Steuersätze selbstständig festsetzen (Peterson 2017; Schön und Heap 2018; Szebehely und Trydegård 2012).

#### ■ ■ Finanzierungsstruktur

Das schwedische Pflegesystem gilt, gemessen am Anteil der Pflegeausgaben am Bruttoinlandsprodukt (BIP), als eines der umfangreichsten im europäischen Vergleich und liegt hinter den Niederlanden an zweiter Stelle. Konkret lag das Ausgabenniveau im Jahr 2016 bei 3,2 % des BIP und somit weit über dem EU27-Durchschnitt von 1,3 %. Die Finanzierung der Pflege erfolgt zu 95 % aus allgemeinen, nicht zweckgebundenen Steuermitteln und zu 5 % aus privaten Mitteln (European Commission 2018; Schön und Heap 2018).

Über das nationale Steueraufkommen, das aus nationalen Einkommensteuern sowie indirekten Steuern besteht, werden rund 5 % der Pflegeausgaben finanziert (Schön und Heap 2018). Der nationale Anteil an den Pflegeausgaben wird mittels einer pauschalen (und nicht zweckgebundenen) Zuweisung an die Gemeinden – angepasst an deren Größe – ausgezahlt (Anell et al. 2012). Über das kommunale Steueraufkommen, das zum größten Teil aus Einnahmen der kommunalen Einkommenssteuer gebildet wird, werden rund 90 % der Pflegeausgaben bestritten (Schön und Heap 2018). Der kommunale Einkommensteuersatz variiert zwischen den einzelnen Gemeinden: Im Jahr 2019 lag dieser durchschnittlich bei 32,19 % des steuerpflichtigen Einkommens, schwankte jedoch zwischen 29,18 und 35,15 % (Statistics Sweden 2018).

Die privaten Haushalte tragen ebenfalls zur Finanzierung der Pflege bei, wenngleich in einem vergleichsweise sehr geringen Ausmaß:

Der private Finanzierungsanteil an den gesamten Pflegeausgaben liegt bei ungefähr 5 % (Directorate-General for Economic and Financial Affairs und Economic Policy Committee 2016; Schön und Heap 2018). Die privaten Zuzahlungen orientieren sich am Einkommen der pflegebedürftigen Personen und werden an die Gemeinde gezahlt, unabhängig davon, ob die Pflegeleistungen von öffentlichen oder privaten Anbietern bezogen werden (Peterson 2017; Szebehely und Trydegård 2012). Dabei können die Gemeinden die Höhe der privaten Zuzahlung selbst festsetzen, diese muss sich jedoch innerhalb der nationalen Vorgaben von max. 200 € pro Monat bewegen (Erlandsson et al. 2013). Selbstbeteiligungen müssen sowohl im ambulanten als auch im (teil-)stationären Bereich geleistet werden, in Pflegeheimen ist Unterkunft und Verpflegung separat zu bezahlen (Peterson 2017).

#### ■ ■ Leistungsstruktur

Im schwedischen Pflegesystem gibt es sowohl Geld- als auch Sachleistungen, letzteren kommt mit rund 95 % aller Pflegeleistungen jedoch die bei Weitem größere Bedeutung zu (Directorate-General for Economic and Financial Affairs und Economic Policy Committee 2016). Im Jahr 2017 nahmen 16,2 % aller über 65-jährigen Personen Sachleistungen in Anspruch, davon entfielen 4,3 % auf stationäre und 11,9 % auf ambulante Pflege (OECD 2020). Diese Zahlen bestätigen den von der Politik gewünschten Trend zu einer Deinstitutionalisierung der Pflege in den letzten Jahren (Schön und Heap 2018).

Die Feststellung, ob und welche Personen Anspruch auf Pflegeleistungen haben, obliegt den Gemeinden. Dies erfolgt anhand einer Bedarfsprüfung bei der die finanzielle Bedürftigkeit der pflegebedürftigen Personen unberücksichtigt bleibt. Im Zuge der Bedarfsprüfung steht es den einzelnen Gemeinden laut dem „Gesetz über das Sozialwesen“ (sv.: *Socialtjänstlagen*) frei zu definieren und zu entscheiden, welche Personen Anspruch auf Pflegeleistungen haben und wie dieser Anspruch ausgestaltet ist. Im Zuge der Leistungserbringung exis-

tieren für die Gemeinden hinsichtlich Art und Umfang der zur erbringenden Geld- und/oder Sachleistungen keine verbindlichen Vorgaben, wodurch es zu einem großen Ausmaß an regionaler Variation kommt (Socialdepartementet 1982). Seit der Reform im Jahr 2009 können die Gemeinden zur Bereitstellung der Leistungen sowohl öffentliche als auch private Anbieter heranziehen (Schön und Heap 2018).

Sachleistungen werden von der Gemeinde zur Verfügung gestellt und umfassen ambulante, teilstationäre und stationäre Pflege, Hauskrankenpflege, Essen auf Rädern, Fahrtendienste sowie Wohnraumanpassungen und den Hausnotruf. Im Bereich der ambulanten Pflege wird Hilfestellung bei Haushaltstätigkeiten (z. B. beim Einkaufen, Kochen, Wäsche waschen) sowie bei der persönlichen Pflege (z. B. beim Ankleiden, Waschen) gegeben und darüber hinaus emotionale und soziale Unterstützung angeboten (Directorate-General for Economic and Financial Affairs und Economic Policy Committee 2016; Peterson 2017; Szebehely und Trydegård 2012).

Geldleistungen werden ebenfalls von der Gemeinde zur Verfügung gestellt. Generell gibt es zwei Arten von Geldleistungen: Während eine Art Pflegegeld (sv.: *hemvårdsbidrag*) in der Höhe von maximal 450 € pro Monat zusätzlich zu den Sachleistungen an die pflegebedürftigen Personen für die Pflege durch Familienmitglieder ausgezahlt wird, besteht durch den sogenannten Pflegepersonenzuschuss (sv.: *anhöriganställning*) die Möglichkeit, dass pflegende Angehörige unter 65 Jahren von den jeweiligen Gemeinden angestellt werden, um die Pflegearbeit zu verrichten. Durch die regionale Variation existieren Geldleistungen jedoch nicht in jeder Gemeinde bzw. unterscheiden sich stark bezogen auf ihr Ausmaß, ihre Höhe und ihre Zugangsregelungen (Schön und Heap 2018).

## 2.2.2 Niederlande

Das niederländische Pflegesystem fußt auf dem konservativen Wohlfahrtsstaatsmodell und damit auf dem Subsidiaritätsprinzip. Der Staat greift nur dann ein, wenn die Familie die Erfordernisse bzw. Bedürfnisse ihrer zu pflegenden Angehörigen nicht mehr erfüllen kann (Vogliotti und Vattai 2014). Aus der Sozialversicherungstradition kommend, macht der Staat hierbei jedoch keineswegs finanzielle Aspekte zum Hauptkriterium. In diesem Sinne ist das niederländische Modell ebenso wie das schwedische universell angelegt.

Im Zeitraum von 2007 bis 2015 wurde das niederländische Pflegesystem in mehreren Stufen umfassend reformiert. Bis zum Jahr 2015 existierte eine umfassende Pflegeversicherung, die für sämtliche Bereiche der Pflege verantwortlich zeichnete und durch das Pflegegesetz AWBZ (nl.: *Algemene wet Bijzondere Ziektekosten*) geregelt wurde. Im Zuge einer Reform im Jahr 2015 wurde die umfassende Zuständigkeit der Pflegeversicherung aufgelöst und die Zuständigkeiten neu verteilt (siehe unten). Ziel der Reform war es, die Koordination zwischen Pflegeleistungen und Betreuungsleistungen zu verbessern und die Anreize für eine effiziente Leistungserbringung zu stärken. Die Niederlande beschritten dabei den umgekehrten Weg als die meisten Länder, die in der Regel beabsichtigen, zersplitterte Zuständigkeiten in einer organisatorischen Hand zusammenzuführen.

### ■ ■ Steuerungsstruktur

Die Niederlande sind ein dezentraler Einheitsstaat; insofern obliegt die gesamte legislative Kompetenz dem Zentralstaat, der die Durchführung bestimmter Aufgaben an zentrale Institutionen (z. B. Pflegeversicherung, Krankenversicherung) und an untergeordnete Verwaltungsebenen delegiert. In den Niederlanden bestehen zwei untergeordnete Verwaltungsebenen: 1) die regionale Ebene, welche aus zwölf Provinzen besteht, die im Pflegesystem keine Rolle spielen, und 2) die kommunale Ebene, welche von 355 Gemeinden gebildet wird

(Directorate-General for Economic and Financial Affairs und Economic Policy Committee 2016).

Seit der Reform des Pflegesystems und der darin enthaltenen Neuaufteilung der Zuständigkeiten ist nicht mehr trennscharf abzugrenzen, welche Stelle die wesentlichste Rolle in Steuerung des Pflegesystems spielt. Der Zentralstaat hat die Zuständigkeiten nach Leistungsbereichen strukturiert und an die Pflegeversicherung, die Krankenversicherung und die Gemeinden delegiert und nimmt dabei selbst sowohl eine steuernde als auch eine koordinierende und überwachende Funktion ein. Die Zuständigkeiten im niederländischen Pflegesystem stellen sich damit wie folgt dar:

- Die **Pflegeversicherung** wird durch das Pflegeversicherungsgesetz (nl.: *Wet Langdurige Zorg, WLZ*) geregelt und ist für die Rund-um-die-Uhr-Pflege und -Betreuung verantwortlich (Ministry of Health, Welfare and Sport 2018).

Der Zentralstaat greift steuernd in die Pflegeversicherung ein, indem er die Beiträge zur Pflegeversicherung gesetzlich festlegt und die finanzielle Letztverantwortung trägt (Ministry of Health, Welfare and Sport 2018).

- Die **Krankenversicherung** wird durch das Krankenversicherungsgesetz (nl.: *Zorgverzekeringswet, Zvw*) geregelt und ist für die Form der Pflege zuständig, die (noch) nicht die Kriterien einer Rund-um-die-Uhr-Pflege erfüllt. Die einzelnen privaten Krankenversicherungsgesellschaften stehen dabei in einem regulierten Wettbewerb zueinander und können von den Versicherten frei gewählt werden (Ministry of Health, Welfare and Sport 2018).

Der Zentralstaat greift steuernd in die Aktivitäten der Krankenversicherungen ein, indem er die Leistungen eines Basispakets, die Höhe der privaten Zuzahlungen und die Tarife für gewisse Leistungen festlegt (Ministry of Health, Welfare and Sport 2018).

- Die **Gemeinden** sind für die Betreuung zuständig. Die gesetzliche Verankerung hierfür findet sich im Sozialhilfegesetz



(nl.: *Wet Maatschappelijke Ondersteuning, Wmo*) wieder.

Die Zuständigkeiten im Bereich der Betreuungsleistungen sind zwischen Zentralstaat und Gemeinden geteilt. Der Zentralstaat gibt einen Rahmen vor, innerhalb dessen die Gemeinden über einen gewissen Entscheidungs- und Konkretisierungsspielraum verfügen, d. h. er bestimmt, welche Betreuungsleistungen zu erbringen sind. Die Gemeinden hingegen legen fest, wie sie Betreuungsleistungen erbringen (Ministry of Health, Welfare and Sport 2018).

### ■ Finanzierungstruktur

Im niederländischen Pflegesystem lag das Ausgabenniveau im Jahr 2016 bei 3,5 % des Bruttoinlandsproduktes (BIP) und steht somit an der Spitze der europäischen Länder (European Commission 2018). Die Finanzierung der Pflege erfolgt aus Steuer-, Sozialversicherungs- und privaten Mitteln. Da sich auch die Finanzierung nach den unterschiedlichen Zuständigkeiten richtet, erfolgt die Darstellung der Finanzierungsstruktur des niederländischen Pflegesystems ebenfalls nach den verschiedenen Bereichen: Von den Ausgaben entfielen 60 % auf Leistungen im Rahmen des WLZ, 13 % auf Leistungen im Rahmen des Zvw und 27 % auf Leistungen im Rahmen von Wmo (Alders und Schut 2019).

— Die **Pflegeversicherung** speist sich aus Beiträgen in Höhe von 9,65 % der Einkommenssteuer, mit einer jährlichen Obergrenze von 3.589 € pro Person. Zusätzlich haben Personen bei der Inanspruchnahme von WLZ-Leistungen national einheitliche Zuzahlungen zu leisten. Diese hängen einerseits vom Einkommen und andererseits von Faktoren wie z. B. dem Alter (älter oder jünger als 65 Jahre), dem Familienstand (alleinlebend oder in Ehe bzw. Partnerschaft) und dem Pflegesetting (stationär oder ambulant) ab. Die eingehobenen Mittel werden an den Pflegefonds übermittelt, der vom niederländischen nationalen Gesundheitsinstitut (nl.: *Zorginstituut Nederland*) verwaltet wird. Wenn die Mittel

des Pflegefonds zur Finanzierung der WLZ-Leistungen nicht ausreichen, ersetzt die niederländische Regierung den Fehlbetrag aus dem allgemeinen Budget (Kelders und de Vaan 2018; Ministry of Health, Welfare and Sport 2018).

— In den einzelnen **Krankenversicherungsgesellschaften** werden die Mittel einerseits über Beiträge der Versicherten und andererseits über Mittel aus dem Krankenversicherungsfonds aufgebracht. Die Beiträge der Versicherten werden im Wesentlichen über zwei Schienen eingehoben: Erstens entrichten alle versicherten Personen ab dem 18. Lebensjahr eine Versicherungsprämie an ihre Krankenversicherung. Diese beläuft sich auf durchschnittlich rund 1.300 € pro Jahr. Zweitens entrichten alle versicherten Personen ab dem 18. Lebensjahr zusätzlich eine Franchise in der Höhe von max. 385 € pro Jahr an ihre Krankenversicherung, die aber erst bei einer allfälligen Inanspruchnahme von Leistungen schlagend wird. Einige Leistungen, wie z. B. Leistungen von Allgemeinmedizinerinnen und -medizinern und Leistungen im Rahmen der Pflege, sind von den Franchise-Zahlungen ausgenommen. Abgesehen von der Versicherungsprämie und der Franchise fallen bei der Inanspruchnahme von einigen genau festgelegten Leistungen abermals private Zuzahlungen von Seiten der versicherten Personen an. Zu diesen Leistungen gehören z. B. Krankentransport, Hörgeräte oder orthopädische Schuhe. Die Mittel aus dem Krankenversicherungsfonds setzen sich aus einkommensabhängigen Beiträgen der Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber und staatlichen Zuschüssen für die Versorgung von Personen unter dem 18. Lebensjahr zusammen und werden mittels risikoadjustierter Pauschalen je versicherter Person an die einzelnen Krankenversicherungsgesellschaften ausbezahlt. Die risikoadjustierten Pauschalen errechnen sich unter anderem aus dem Inanspruchnahmeverhalten in der Vergangenheit sowie weiteren Indikatoren

wie z. B. Alter, Einkommensart und Wohnort (Kelders und de Vaan 2018; Kroneman et al. 2016; Ministry of Health, Welfare and Sport 2018).

- Die einzelnen **Gemeinden** erhalten vom Zentralstaat über einen Gemeindefonds ein nicht-zweckgebundenes Budget für die Finanzierung ihrer Leistungen, zu denen im Pflegebereich Betreuungsleistungen zählen. Die Zuweisung des Budgets erfolgt unter Berücksichtigung der Zusammensetzung der kommunalen Bevölkerung. Betreuungsbedürftige Personen haben bei der Inanspruchnahme von Wmo-Leistungen private Zuzahlungen zu leisten. Die Gemeinden haben innerhalb einer gesetzlich festgelegten Bandbreite die Höhe der Zuzahlungen festzulegen; diese hängt von Einkommen, Vermögen, Alter und Haushaltsgröße der pflegebedürftigen Person sowie von der Art der Leistung ab (Kelders und de Vaan 2018; Ministry of Health, Welfare and Sport 2018).

### ■ ■ Leistungsstruktur

Das niederländische Pflegesystem kennt sowohl Sach- als auch Geldleistungen, wobei den Sachleistungen die bedeutendere Rolle zukommt. Im Jahr 2016 nahmen 13,0 % aller über 65-jährigen Personen Sachleistungen in Anspruch, davon entfielen 4,4 % auf stationäre und 8,6 % auf ambulante Pflege (OECD 2020).

Die geteilten Zuständigkeiten im niederländischen Pflegesystem spiegeln sich auch bei der Feststellung wider, ob und welche Personen Anspruch auf Pflegeleistungen haben: Für die Bedarfsfeststellung auf Leistungen im Rahmen des WLZ ist das unabhängige Assessmentzentrum CIZ (nl.: *Centrum Indicatiestelling Zorg*) verantwortlich. Dieses führt zur Beurteilung des Pflegebedarfs ein unabhängiges, objektives und ganzheitliches Assessment auf Basis national einheitlicher Kriterien durch. Das Assessment legt damit aber noch kein bestimmtes Pflegesetting wie stationäre bzw. ambulante Leistungserbringung fest (Alders und Schut 2019; Directorate-General for Economic and Financial Affairs and Economic Policy Com-

mittee 2016). Die Feststellung, ob eine Person Anspruch auf Pflegeleistungen im Rahmen des Zvw hat, liegt bei den Vertragseinrichtungen der Krankenversicherungen (Ministry of Health, Welfare and Sport 2018). Die Bedarfsfeststellung für Betreuungsleistungen im Rahmen des Wmo fällt in den Verantwortungsbereich der einzelnen Gemeinden. Das Assessment erfolgt durch Bedienstete der Gemeinden, die darüber entscheiden, ob und welche Art von Betreuungsleistungen den Personen zugesprochen wird. Da keine national einheitlichen Kriterien darüber festgelegt sind, welche persönliche Situation zu welchem konkreten Anspruch an Betreuungsleistungen führt, kommt es zu einer großen regionalen Variation des zugesprochenen Leistungsausmaßes. Die Abgrenzung zwischen den Zuständigkeiten des WLZ und des Wmo ist nicht immer ganz eindeutig, da sie sich nicht nach dem Setting der Leistungserbringung richtet, sondern nach dem individuellen Pflege- bzw. Betreuungsbedarf. Für die Gemeinden besteht daher der Anreiz, Personen mit hohem Betreuungsbedarf in den Zuständigkeitsbereich des WLZ zu überführen, da das WLZ auch für eine Betreuung zu Hause zuständig ist, sofern diese rund um die Uhr benötigt wird (Alders und Schut 2019).

Auch bei der Bereitstellung der Sachleistungen sind die geteilten Zuständigkeiten im niederländischen Pflegesystem evident und werden im Folgenden beschrieben: Wenn eine Person aufgrund des festgestellten Pflegebedarfs in den Zuständigkeitsbereich des WLZ fällt, ist die Pflegeversicherung für die Bereitstellung sämtlicher notwendiger Sachleistungen verantwortlich, d. h. für sowohl Pflegeleistungen als auch Betreuungsleistungen. Insofern stehen pflegebedürftigen Personen im Verantwortungsbereich des WLZ folgende Sachleistungen zur Verfügung: stationäre Pflege, mobile Pflege, Betreuungsleistungen, Pflege- und Betreuungsleistungen mit dem Fokus, die Selbstständigkeit zu erhalten bzw. zu erhöhen, und Fahrtendienste. Fällt eine Person nach der Bedarfsfeststellung in den Verantwortungsbereich des Zvw, stehen ihr im Pflegebereich Pflegeleistungen



und Rehabilitationsleistungen zur Verfügung. Personen, die in den Zuständigkeitsbereich des Wmo fallen, können Sachleistungen in Form von Betreuungsleistungen (z. B. Unterstützung bei der Haushaltsführung) und medizinischen Hilfsmitteln (z. B. Rollstühle) in Anspruch nehmen. Pflegebedürftige Personen können Sachleistungen des Zvw und Wmo parallel in Anspruch nehmen (Kelders und de Vaan 2018; Ministry of Health, Welfare and Sport 2018).

Wie eingangs erwähnt spielen Sachleistungen im niederländischen Pflegesystem die weitaus bedeutendere Rolle als Geldleistungen. Dennoch können pflegebedürftige Personen, die einen Anspruch auf Sachleistungen im Rahmen des WLZ bzw. Wmo haben, unter gewissen Voraussetzungen für Geldleistungen optieren, nämlich dann, wenn sie die Pflege selbst organisieren. Bei den Geldleistungen handelt es sich nicht um eine (von der Pflegedürftigkeit abhängige) Pauschalzahlung, sondern um ein personengebundenes Budget (nl.: *persoonsgebonden budget*), das die nachgewiesenen Kosten der selbstorganisierten Pflege bzw. Betreuung abdeckt. Die personengebundenen Budgets werden nicht ausbezahlt, sondern durch eine staatliche Stelle (nl.: *Sociale Verzekerings Bank*) für die pflegebedürftigen Personen verwaltet. Sowohl die Pflegeversicherung als auch die Gemeinden stehen der Gewährung von personenbezogenen Budgets reserviert gegenüber, u. a. deswegen, weil sich die Qualitätssicherung der erbrachten Pflege mitunter sehr schwierig gestalten kann. Aus diesem Grund wurden auch die Voraussetzungen für die Gewährung von personenbezogenen Budgets deutlich verschärft (Directorate-General for Economic and Financial Affairs und Economic Policy Committee 2016; Kelders und de Vaan 2018).

### 2.2.3 Spanien

Dem spanischen Pflegesystem liegt das mediterrane Wohlfahrtsstaatsmodell zugrunde. Dieses Modell sieht die Pflege im verantwor-

tungsbereich von den Einzelpersonen und ihren Familien, wodurch der Staat eine Nebenrolle spielt und der informellen Pflege große Bedeutung zukommt (Vogliotti und Vattai 2014). Die traditionell dominierende Rolle der Familie in der Pflege führt unter anderem dazu, dass der Anteil öffentlicher Ausgaben im internationalen Vergleich eher niedrig ausfällt, während private Zuzahlungen eher hoch sind (Costa-Font und Courbage 2012; European Commission 2018).

Das spanische Pflegesystem in seiner heutigen Form wurde im Jahr 2007 durch ein umfassendes Pflegegesetz (sp.: *Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en situación de Dependencia*; oder auch „Gesetz 39/2006“) begründet. Dieses gewährt nunmehr einen universellen und bedarfsgerechten Anspruch auf Pflegeleistungen und betrachtet den Zugang als ein subjektives Recht. Die Finanz- und Wirtschaftskrise 2008 hatte starke Auswirkungen auf das Pflegesystem, insbesondere durch die Begrenzung der öffentlichen Ausgaben und damit verbundene Leistungsverchiebungen und -kürzungen (Pena-Longobardo et al. 2016; Rodríguez Cabrero et al. 2018).

#### ■ Steuerungsstruktur

Spanien ist ein dezentraler Einheitsstaat, der über dezentrale Organe der Selbstverwaltung verfügt, die zentral beaufsichtigt werden. Dadurch obliegt dem Zentralstaat zwar die gesamte legislative Kompetenz, die Durchführung von bestimmten Aufgaben wird aber an untergeordnete Verwaltungsebenen delegiert. Die spanische Verfassung sieht dazu vor allem die 17 autonomen Regionen vor, den 8.122 Gemeinden kommt nur eine untergeordnete Rolle zu (Rodríguez Cabrero et al. 2018).

Der Zentralstaat hat die Kompetenzen in den Bereichen Gesundheit und Soziales, in die auch die Pflege fällt, an die Regionen delegiert und nimmt somit bei der Steuerung des spanischen Pflegesystems eine koordinierende Rolle ein. Er setzt die gesetzlichen Rahmenbedingungen, verhandelt mit den Regionen über das Angebot an sowie die Finanzierung von Pfl-

geleistungen und legt ein bedarfsabhängiges, national einheitliches Minimum an Pflegeleistungen fest (Gallego und Subirats 2012; Pena-Longobardo et al. 2016; Rodríguez Cabrero et al. 2018).

Die Regionen stellen die operative Struktur des spanischen Pflegesystems dar und sind für die Bereitstellung der Pflegeleistungen verantwortlich. Im Zuge dessen obliegt ihnen auch die Koordination und das Management des Leistungsangebots, die Feststellung und Bewertung des Pflegebedarfs anhand einer national einheitlichen Skala sowie die tatsächliche Zuerkennung der Pflegeleistungen. Als Selbstverwaltungskörper können die Regionen die Höhe der regionalen Steuersätze selbstständig festsetzen und die Einnahmen daraus zur Finanzierung der Pflegeleistungen verwenden (Lago-Peñas et al. 2018; Pena-Longobardo et al. 2016; Rodríguez Cabrero et al. 2018).

### ■ ■ Finanzierungsstruktur

Im spanischen Pflegesystem lag das Ausgaben-niveau im Jahr 2016 bei 0,9 % des Bruttoinlandsprodukts (BIP) und somit unter dem EU27-Durchschnitt von 1,3 % (European Commission 2018). Die Pflegeausgaben für die öffentlich finanzierten Pflegeleistungen beliefen sich im Jahr 2018 auf rund 8,3 Mrd. EUR. Die Finanzierung der Pflege erfolgt dabei zu 79 % aus allgemeinen Steuermitteln und zu 21 % aus privaten Mitteln (Pena-Longobardo 2019).

Der öffentliche Anteil an den Pflegeausgaben wird gemeinschaftlich vom Zentralstaat und den Regionen auf Basis von allgemeinen Steuern finanziert. Dabei wird zwischen drei verschiedenen Leistungspaketen unterschieden: 1) Basispaket an Leistungen, welches vom Zentralstaat finanziert wird, 2) gemeinsam vereinbartes Zusatzpaket an Leistungen, welches vom Zentralstaat und den Regionen kofinanziert wird, und 3) regionales Zusatzpaket, welches von den Regionen finanziert wird und im Zuge dessen die Regionen weitere zusätzliche Leistungen für ihre Bevölkerung anbieten können. Der nationale Steueranteil an den Pflegeausgaben beträgt rund 16 %, der regionale Steueranteil hingegen beläuft sich auf 63 %

und wird aus dem regionalen Steueraufkommen bestritten (Pena-Longobardo 2019; Rodríguez Cabrero et al. 2018).

Die privaten Haushalte beteiligen sich zu etwa einem Fünftel an den Pflegeausgaben (Pena-Longobardo 2019). Die privaten Zuzahlungen sind einkommensabhängig ausgestaltet, richten sich nach der Art der Leistung und variieren stark zwischen den einzelnen Regionen. Der Anteil der privaten Haushalte an den Pflegeausgaben kann daher im Einzelfall auf bis zu 90 % der Gesamtkosten steigen, insbesondere bei der Inanspruchnahme von stationären Pflegeleistungen (Directorate-General for Economic and Financial Affairs und Economic Policy Committee 2016; Rodríguez Cabrero et al. 2018).

### ■ ■ Leistungsstruktur

Im spanischen Pflegesystem gibt es sowohl Geld- als auch Sachleistungen, wobei letztere mit rund 57 % aller Pflegeleistungen leicht überwiegen (Rodríguez Cabrero et al. 2018). Dies entspricht auch den Intentionen des Gesetzes 39/2006, demzufolge Sachleistungen die Regel und Geldleistungen eher die Ausnahme sein sollen (Pena-Longobardo et al. 2016). In Spanien überwiegt die ambulante gegenüber der stationären Pflege. Dies wird unter anderem dadurch deutlich, dass rund 32 % aller Leistungsempfängerinnen und -empfänger ambulante Pflegeleistungen in Anspruch nehmen, während es im Bereich der stationären Pflege rund 13 % sind (Rodríguez Cabrero et al. 2018). Auch bei Betrachtung der über 65-jährigen Personen stellt sich diese Situation ähnlich dar: Von den 11 % aller über 65-jährigen Personen, die im Jahr 2018 Pflegeleistungen in Anspruch genommen haben, entfielen 2,2 % auf stationäre und 8,8 % auf ambulante Pflege (OECD 2020). Im Vergleich zu anderen europäischen Ländern ist der Anteil der Personen, die formelle Pflegeleistungen erhalten, eher geringer, was auf die Bedeutung der informellen Pflege innerhalb des spanischen Pflegesystems hinweist.

Ob und welcher Pflegebedarf vorliegt, stellen die Regionen auf Basis einer reinen Bedarfsprüfung fest. Dazu wird ein national einheit-

liches Assessmentinstrument verwendet, das nach drei verschiedenen Abhängigkeitsgraden unterscheidet, die je nach Ausmaß an notwendiger Hilfeleistung variieren. Pflegegrad 1 steht dabei für die leichteste Form der Pflegebedürftigkeit, die unregelmäßige Unterstützung einmal pro Tag verlangt, und Pflegegrad 3 für die schwerste, die durchgängige Hilfe mehrmals pro Tag erforderlich macht. Nach der Feststellung des Pflegebedarfs wird vom Sozialdienst ein personalisierter bedarfsorientierter Pflegeplan entwickelt, der auch eine dem Abhängigkeitsgrad entsprechende Auflistung aller Pflegeleistungen beinhaltet (Rodríguez Cabre-ro et al. 2018).

Die wichtigsten Sachleistungen im spanischen Pflegesystem sind ambulante und (teil-)stationäre Pflegeleistungen, (spezialisierte) Tageszentren sowie technische Unterstützungsmöglichkeiten (z. B. Beratung übers Internet, Hausnotruf, Überwachungssysteme). Anbieter von Pflegeleistungen können in der Regel nicht selbst gewählt werden und richten sich außerhalb der national einheitlichen Basisleistungen nach der regionalen Verfügbarkeit. Dies führt in der Praxis zu großen Unterschieden im Leistungsniveau zwischen den einzelnen Regionen (Rodríguez Cabrero et al. 2018).

Geldleistungen werden für informelle Pflege und persönliche Unterstützung im eigenen Heim sowie für den Zukauf von Sachleistungen gewährt und können nur zweckgebunden verwendet werden. Die monatlichen Geldleistungen richten sich in ihrem Ausmaß und ihrer Höhe nach dem Grad der Pflegebedürftigkeit und den finanziellen Ressourcen der betroffenen Personen: Im Jahr 2018 lagen sie zwischen 153 € (Pflegegrad 1) und 387,64 € (Pflegegrad 3) für informelle Pflege und zwischen 300 € und 715 € für persönliche Unterstützung bzw. den Zukauf von Sachleistungen (Rodríguez Cabrero et al. 2018).

## 2.3 Diskussion

Die Ausgestaltung eines Pflegesystems, namentlich die Steuerungs-, Finanzierungs- und Leistungsstruktur, ist maßgeblich vom zugrundeliegenden Wohlfahrtsstaatsmodell und damit stark von gesellschaftlichen Normen wie auch gesetzlichen Bestimmungen des jeweiligen Landes geprägt. Daraus resultiert eine große Heterogenität in der Ausgestaltung von Pflegesystemen, die sich dennoch zwei Modellen zur Steuerung und drei Modellen zur Finanzierung von Pflegesystemen zuordnen lassen. Diese prägen in weiterer Folge die Form und Intensität der Leistungserbringung.

Im Bereich der Steuerungsstruktur können zwei grundlegende Modelle unterschieden werden: Entweder liegen alle Zuständigkeiten im Pflegesystem gebündelt in einer Hand, etwa auf zentraler Ebene, oder die Zuständigkeiten bei der Steuerung des Pflegesystems verteilen sich auf mehrere Entitäten. Diese sind dabei entweder nach geografischer Ebene oder nach Leistungsbereich (z. B. Pflege vs. Betreuung) getrennt.

Im Hinblick auf die Finanzierung von Pflegesystemen lassen sich drei wesentliche Modelle ableiten: Erstens, Finanzierung überwiegend durch Steuern (= steuerfinanziertes Modell), zweitens, Finanzierung primär durch Sozialversicherungsbeiträge (= Sozialversicherungsmodell) und drittens, Finanzierung durch eine Mischung aus Steuer- und Sozialversicherungsmitteln (= mischfinanziertes Modell).

Die Ausgestaltung der Steuerungs- und Finanzierungsstruktur eines Pflegesystems stellt bereits Weichen für die Leistungsstruktur, wie es auch Wendt et al. (2009) für Gesundheitssysteme ausführen. Im Folgenden werden daher die Wirkungsweisen unterschiedlich ausgestalteter Steuerungs- und Finanzierungsstrukturen auf die Leistungsstruktur kurz angedeutet. Die Diskussion beschränkt sich dabei auf Ausgestaltungsmöglichkeiten, die in den oben beschriebenen Ländern und in Deutschland beobachtet werden (■ Tab. 2.1).

**Tabelle 2.1** Ausgestaltung der Steuerungs- und Finanzierungsstruktur in den ausgewählten Ländern

Steuerungsstruktur	Finanzierungsstruktur		
	Steuerfinanziert	Sozialversicherung	Mischfinanziert
Einheitlich		Deutschland	
Geteilt	Schweden, Spanien		Niederlande

Pflege-Report 2020

Ein zentral gesteuertes und finanziertes Pflegesystem erleichtert Einheitlichkeit in der Leistungsstruktur, hervorgerufen durch zentral festgelegte, einheitliche Vorgaben für die Leistungserbringung und durch eine Finanzierung aus einer Hand, entweder durch zentrale Steuer- oder durch Sozialversicherungsmittel. Ein derartig ausgestaltetes Pflegesystem wirkt positiv auf die Verteilungsgerechtigkeit und die allokativen Effizienz<sup>1</sup>, da es geringe oder keine Anreize zu Leistungsverschiebungen bietet.

Eine andere Möglichkeit, die Verantwortlichkeiten in einem Pflegesystem festzulegen ist, die Steuerungs- und Finanzierungsverantwortung auf verschiedenen geografischen Ebenen anzusiedeln. In diesem Fall steht es den dezentralen Entitäten in der Regel frei, innerhalb eines zentral vorgegebenen gesetzlichen Rahmens die Leistungserbringung selbst zu gestalten. Der sich daraus ergebende Spielraum in der Leistungsstruktur führt oftmals zu geographischer Variation in der Leistungserbringung, was auch als „postcode lottery“ bezeichnet wird. Eine solche geographische Variation in den angebotenen Leistungen ist z. B. in den Pflegesystemen von Schweden und Spanien zu finden. Ein Pflegesystem mit umfassenden dezentralen Verantwortlichkeiten kann sich negativ auf die Verteilungsgerechtigkeit auswirken, aber eine hohe allokativen Effizienz erreichen, weil es kaum Anreize zu Leistungsverschiebungen birgt. Außerdem bietet ein dezentral ausgestaltetes System mehr Möglichkeiten, auf

die Präferenzen der lokalen Bevölkerung einzugehen oder lokale Gegebenheiten zu berücksichtigen, was in zentral gesteuerten Systemen schwerer fällt.

Andere Pflegesysteme teilen die Verantwortlichkeiten nach Leistungsbereichen, etwa Pflegeleistungen vs. Betreuungsleistungen. Eine solche Teilung geht in der Regel auch mit einer geteilten Verantwortung in der Finanzierung einher, so können z. B. Pflegeleistungen aus zentralen Steuermitteln und Betreuungsleistungen aus lokalen Steuermitteln finanziert werden oder Pflegeleistungen aus Sozialversicherungsmitteln und Betreuungsleistungen aus Steuermitteln, wie es beispielsweise in den Niederlanden der Fall ist. Bei Pflegesystemen mit getrennten Verantwortlichkeiten je Leistungsbereich können keine allgemeinen Aussagen über die Verteilungsgerechtigkeit getroffen werden, da diese von der jeweiligen Ausgestaltung abhängig sind. In Bezug auf die allokativen Effizienz verlangen derartig ausgestaltete Pflegesysteme jedoch sehr durchdachte Regelungen, um negativen Auswirkungen aufgrund der inhärenten Anreize zu Verschiebungen von einem in den anderen Leistungsbereich entgegenzuwirken.

Vor diesem Hintergrund lohnt ein Blick auf die Ausgestaltung des deutschen Pflegesystems. Die Steuerungs-, Finanzierungs- und Leistungsstruktur des deutschen Pflegesystems ist stark durch dessen gesetzliche Pflegeversicherung geprägt: Sowohl die Zuständigkeiten als auch die Finanzierung sind in einer Hand gebündelt, wodurch auch die Leistungsstruktur weitgehend einheitlich ausgestaltet ist. Das deutsche Pflegesystem bietet aufgrund der

<sup>1</sup> Unter allokativer Effizienz ist die kostenoptimale Verteilung der vorhandenen Ressourcen auf Versorgungsbereiche zu verstehen.

zentralen Steuerungsstruktur und der daraus resultierenden relativ einheitlichen Leistungsstruktur Anreize für hohe Verteilungsgerechtigkeit. Ebenso sind Weichen für hohe allokativen Effizienz gestellt, soweit die Finanzierung aus einer Hand keine Anreize zu einer Leistungsverchiebung birgt.

Die zentrale Steuerung spiegelt sich in der Festsetzung eines bundeseinheitlichen Beitragssatzes, der Festlegung eines einheitlichen und genau definierten Leistungskatalogs zur Leistungserbringung und der Feststellung des Pflegebedarfs durch ein national einheitliches Assessmentinstrument wider. Die Finanzierung erfolgt durch eine Pflegeversicherung, die überwiegend durch Beiträge aus Arbeits- und Renteneinkommen finanziert wird und deren Beitragssatz bei 3,05 % der beitragspflichtigen Einkommen liegt.

Mit der Finanzierung aus einer Hand durch eine Pflegeversicherung nimmt das deutsche Pflegesystem im europäischen Kontext eine Sonderstellung ein.<sup>2</sup> Daher sollten auch die Vor- und Nachteile eines solchen Finanzierungsmodells einer näheren Betrachtung unterzogen werden. Ein Sozialversicherungsmodell hat gegenüber einem steuerfinanzierten Modell folgende Vorteile: Es existiert ein zweckgewidmetes Pflegebudget, das in keiner Finanzierungs Konkurrenz zu anderen öffentlichen Leistungen steht (aber in Zeiten hohen Bedarfs auch nicht flexibel ausgeweitet werden kann), es bietet aufgrund der klaren Zuständigkeiten die Möglichkeit für hohe Transparenz, es gibt den versicherten Personen Anspruchssicherheit, es existiert ein definierter Leistungskatalog, der Variationen in der Leistungserbringung entgegenwirkt, und es ist eine Dynamisierung der Beiträge möglich. Allerdings gehen mit einem solchen Finanzierungsmodell auch Nachteile einher: Das Finanzierungsrisiko und die Anspruchsberechtigung beschränken sich auf bestimmte Perso-

nenkreise, die Bindung an das Arbeitseinkommen begrenzt einerseits die aufkommensseitige Umverteilungswirkung und andererseits die Einnahmengenerierung, die durch die Beiträge erhöhten Lohnnebenkosten setzen negative Anreize am Arbeitsmarkt und die Definition des Leistungskatalogs schränkt die Flexibilität in der Leistungsgestaltung ein.

Im Hinblick auf eine nachhaltige Finanzierung stellt sich das deutsche Pflegesystem wie folgt dar: Einerseits ist eine Dynamisierung der Beiträge möglich und andererseits wurden bereits konkrete Maßnahmen zur Mittelaufbringung gesetzt. So wurde der Beitragssatz in den letzten zwei Dekaden regelmäßig erhöht und adaptiert. Außerdem wurde ein Pflegevorsorgefonds eingeführt, der bei der Verstärkung des demographischen Drucks ab 2035 zur Stabilisierung des Beitragssatzes herangezogen werden soll. Rein strukturell betrachtet wären somit Voraussetzungen für eine nachhaltige Finanzierung in dem Sinne gegeben, dass bei zusätzlichem Finanzierungsbedarf der Beitragssatz angehoben werden kann. Nicht zuletzt mit Rücksicht auf Arbeitsmarkteffekte sind solchen Anhebungen jedoch realpolitische Grenzen gesetzt. Das zeigt sich beispielsweise in den faktischen Verschärfungen der Zugangsvoraussetzungen zu den ehemaligen drei Pflegestufen (Häcker und Hackmann 2012), die dazu beigetragen haben, dass Deutschland im Vergleich zu den skandinavischen Ländern und den Niederlanden nach wie vor weit niedrigere Pflegeausgaben (gemessen als Anteil am BIP) aufweist. Andererseits ist auch die Einführung des Pflegevorsorgefonds zu hinterfragen: Zum einen kann aus finanzwissenschaftlicher Perspektive diese Zweckbindung kritisch gesehen werden, weil der Fonds öffentliche Mittel ohne nennenswerten Zinsertrag bindet, während gleichzeitig für die Tilgung der bestehenden staatlichen Verschuldung höhere Zinsen bezahlt werden. Wird aber der Sicherung der Pflegefinanzierung auch für die Generation der Babyboomer gegenüber diesen Überlegungen Priorität eingeräumt, so stellt sich die Frage, ob der Pflegevorsorgefonds mit 0,1 % der beitragspflichtigen Ein-

<sup>2</sup> Auf das luxemburgische Pflegesystem mit einer ebenfalls umfassenden Pflegeversicherung wird hier aufgrund der fiskalischen Sonderstellung Luxemburgs nicht näher eingegangen.

nahmen der sozialen Pflegeversicherung ausreichend dotiert ist.

In einigen europäischen Ländern setzen Reformen für eine nachhaltige Finanzierung eher am potenziellen Pflegebedarf anstatt einer (grundlegenden) Änderung der Mittelaufbringung an, z. B. durch eine bessere Integration von Gesundheits- und Pflegewesen oder durch eine Stärkung der Rolle von Prävention in der Langzeitpflege bzw. vor Einsetzen des Pflegebedarfs. Auch wird in den meisten Ländern die Unterstützung formeller und informeller Pflegekräfte in den Fokus genommen, was längerfristig das Wachstum des Pflegebedarfs ein wenig abschwächen soll.

Die jüngsten Reformen im deutschen Pflegesystem haben an durchaus ähnlichen Punkten angesetzt, und insbesondere die Frage des Pflegebedarfs in den Blick genommen. Beispielsweise greift Pflegegrad 1 nun bereits bei geringerem Pflegebedarf als zuvor Pflegestufe 1, um bereits frühzeitig den Kontakt der betroffenen Personen mit dem Versorgungssystem herzustellen, und auch die Unterstützung und Finanzierung der Pflegekräfte wurde erhöht.

Abschließend sei noch angemerkt, dass die Grenze zwischen Gesundheits- und Pflegewesen oftmals fließend verläuft und auch europaweit keine einheitliche und trennscharfe Abgrenzung existiert, welche Leistungen dem Pflege- und welche dem Gesundheitswesen zuzurechnen sind. Dies spiegelt sich z. B. in der Zuordnung von (geriatrischen) Medikamenten, medizinischen Hilfsmitteln, der ärztlichen Versorgung in Pflegeheimen oder der längerfristigen pflegerischen Versorgung zu Hause zum Gesundheits- oder zum Pflegewesen wider. Aufgrund dieser Umstände sind europäische/internationale Vergleiche von Pflegesystemen mit Vorsicht zu interpretieren, wenn isoliert auf die (öffentlichen) Pflegeausgaben fokussiert wird, ohne die Gesundheitsausgaben in der Betrachtung zu berücksichtigen. In diesem Kontext ist auffällig, dass gerade Länder mit hohen Pflegeausgaben (gemessen als Anteil am BIP), wie Niederlande und Schweden, vergleichsweise niedrigere Gesundheitsausgaben aufweisen. Ob dies allein an den gesund-

heitsförderlichen Wirkungen der dortigen Pflege liegt oder vielmehr mit der Zuordnung einzelner Leistungen und Leistungspakete zusammenhängt, liefert Fragen für weitere Untersuchungen.

## 2.4 Fazit

Die demographischen und gesellschaftlichen Entwicklungen werden die europäischen Pflegesysteme in den nächsten Dekaden vor große – insbesondere finanzielle – Herausforderungen stellen. Im europäischen Kontext zeigt sich sehr deutlich, dass bei der Finanzierung von Pflegesystemen ein Sozialversicherungsmodell die Ausnahme darstellt, während eine Finanzierung über steuerfinanzierte Modelle und mischfinanzierte Modelle deutlich häufiger vertreten ist. Die gemeinhin als Best Practice geltenden skandinavischen Länder lassen sich in ihrer Finanzierung der Langzeitpflege dem steuerfinanzierten Modell zuordnen. Allerdings sollte nicht außer Acht gelassen werden, dass solche Modelle durch ihre oftmals dezentrale Steuerung das Risiko von regionaler Variation in der Leistungserbringung bergen und dass sie besonders vulnerabel auf ökonomische Krisen reagieren können. Letztendlich ist das konkrete Finanzierungsmodell der Pflege nur einer von mehreren Aspekten, die bei entsprechender Ausgestaltung zum eigentlichen Ziel der Pflegesysteme beitragen können: der Sicherung einer würdigen und angemessenen Versorgung im Alter, auch bei körperlicher und/oder geistiger Beeinträchtigung.

## Literatur

- Alders P, Schut FT (2019) The 2015 long-term care reform in the Netherlands: Getting the financial incentives right? *Health Policy* 123(3):312–316
- Anell A, Glenngard AH, Merkur S (2012) Sweden: health system review Bd. 14 No 5. European Observatory on Health Systems and Policies (a partnership hosted by WHO)
- Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz (BMASGK) (2020) Zukünftige



- Finanzierung der Langzeitpflege – Ansatzpunkte für Reformen. BMASGK, Wien
- Costa-Font J, Courbage C (Hrsg) (2012) Financing long-term care in Europe: institutions, markets and models. Palgrave Macmillan, London
- Directorate-General for Economic and Financial Affairs, Economic Policy Committee (2016) Joint report on health care and long-term care systems & fiscal sustainability. (Institutional Papers No 37, Bd. 2. European Commission, Brussels)
- Erlandsson S, Storm P, Stranz A, Szebehely M, Trydegård G-B (2013) Marketising trends in Swedish eldercare: competition, choice and calls for stricter regulation. In: Szebehely M, Meagher G (Hrsg) Marketisation in Nordic eldercare: a research report on legislation, oversight, extent and consequences. Department of Social Work, Stockholm University, Stockholm, S 22–83
- European Commission (2018) The 2018 Ageing Report: Economic and budgetary projections for the 28 EU Member States (2016–2070). Joint Report prepared by the European Commission (DG ECFIN) and the Economic Policy Committee (AWG). Institutional Papers No 079. Directorate-General for Economic and Financial Affairs, Brussels
- Gallego R, Subirats J (2012) Spanish and regional welfare systems: policy innovation and multi-level governance. *Reg Fed Stud* 22(3):269–288
- Häcker J, Hackmann T (2012) Los (T) in long-term care: empirical evidence from German data 2000–2009. *Health Econ* 21(12):1427–1443
- Kelders Y, de Vaan K (2018) ESPN thematic report on challenges in long-term care: Netherlands. European Commission, Brussels
- Kroneman M, Boerma W, van den Berg M, Groenewegen P, de Jong J, van Ginneken E (2016) The Netherlands: Health System Review Bd. 18 No 2. European Observatory on Health Systems and Policies (a partnership hosted by WHO)
- Lago-Peñas S, Fernández-Leiceaga X, Vaquero-García A (2018) Spanish fiscal decentralization: a successful (but still unfinished) process. *Environ Plan C: Polit Space* 35(8):1509–1525
- Meagher G, Szebehely M (2013) Long-term care in Sweden: trends, actors, and consequences. In: Ranci C, Pavolini E (Hrsg) Reforms in long-term care policies in Europe: investigating institutional change and social impacts. Springer, New York, S 55–78
- Ministry of Health, Welfare and Sport (2018) Healthcare in the Netherlands. Ministry of Health, Welfare and Sport, The Hague
- OECD (2020) OECD health statistics. Long-term care resources and utilisation. [https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=HEALTH\\_LTCR](https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=HEALTH_LTCR). Zugegriffen: 30. Jan. 2020
- Pena-Longobardo LM (2019) Long-term care financing in Spain
- Pena-Longobardo LM, Oliva-Moreno J, García-Armesto S, Hernández-Quevedo C (2016) The Spanish long-term care system in transition: ten years since the 2006 Dependency Act. *Health Policy* 120:1177–1182
- Peterson E (2017) Eldercare in Sweden: an overview. Institutionen för Socialt Arbete, Stockholm University, Stockholm
- Rodríguez Cabrero G, Montserrat Codorniu J, Arriba González de Durana A, Marbón Gallego V, Moreno Fuentes FJ (2018) ESPN thematic report on challenges in long-term care: Spain. European Commission, Brussels
- Schön P, Heap J (2018) ESPN thematic report on challenges in long-term care: Sweden. European Commission, Brussels
- Socialdepartementet (1982) Socialtjänstlagen
- Statistics Sweden (2018) Local taxes. <https://www.scb.se/en/finding-statistics/statistics-by-subject-area/public-finances/local-government-finances/local-taxes/>. Zugegriffen: 23. Juli 2019
- Szebehely M, Trydegård G-B (2012) Home care for older people in Sweden: a universal model in transition. *Health Soc Care Community* 20(3):300–309
- Vogliotti S, Vattai S (2014) Wohlfahrtsstaats-Modelle in Europa, No Teil 1. Arbeitsförderungsanstalt (AFI), Bozen
- Wendt C, Frisina L, Rothgang H (2009) Healthcare system types: a conceptual framework for comparison. *Soc Policy Adm* 43(1):70–90

**Open Access** Dieses Kapitel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>) veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Die in diesem Kapitel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.

